

Mujer con ulceraciones faciales

J. Gutiérrez de la Peña

Especialista en dermatología

Palabras clave: Ulceraciones faciales, cicatrices inestéticas.

Keyword: Facial ulcers, unaesthetic scars.

Caso clínico

Acude a consulta una mujer de 58 años de edad por presentar desde hace más de ocho meses unas úlceras peribucales dolorosas. Se observa a la inspección además una herida lineal en la comisura labial inferior izquierda y otra en la comisura labial superior derecha. Según refiere había presentado anteriormente otras lesiones similares que habían dejado cicatrices periorales, lineales e inestéticas (Figs. 1 y 2).

Se practica biopsia. El estudio histopatológico informa de ulceración y fibrosis inespecífica; el cultivo microbiológico aísla *Pseudomonas stutzeri*. Había sido tratada ya con diversos antibióticos orales, como el sulfametoxazol/trimetoprim, el ciprofloxacino, la doxiciclina y el ácido fusídico tópico, con mejoría transitoria y ulterior recaída.

Entre los antecedentes patológicos personales destaca que se encontraba en tratamiento antidepresivo con paroxetina y alprazolam, medicación que, según refiere, “le sienta mal”. Ante la cronicidad del cuadro, las recidivas constantes y las secuelas cicatriciales inestéticas la familia que acompaña a la paciente exige un diagnóstico y un tratamiento curativo definitivo, pues había visitado varios servicios de dermatología hospitalarios sin encontrar solución.

Diagnóstico

Patomímia o dermatitis artefacta

Comentarios

Al aislarse en el cultivo *Pseudomonas stutzeri* se pautó de nuevo tratamiento con ciprofloxacino comprimidos, 500mg/12h, lo que produjo la cicatrización de las lesiones. Dos meses después la paciente acude de nuevo a la consulta, sola, con un profundo corte en el labio inferior (Fig. 3). Interrogada la paciente ante la sospecha de que se hubiera infligido la lesión ella



Figura 1. Heridas y cicatrices peribucales



Figura 2. Úlcera a nivel de la comisura izquierda del labio inferior



Figura 3. Herida incisa profunda en el labio inferior

misma, reconoce que se ha autolesionado. Para acelerar la curación e intentar minimizar la cicatriz resultante se procede a la sutura quirúrgica de la herida, y se le cita a la semana siguiente para retirar los puntos de seda.

Regresa a los tres días con dehiscencia autoprovocada de la herida, que requiere nueva sutura quirúrgica, lo que le produce notoria satisfacción. A la semana no acude a retirar los puntos de sutura. Posteriormente sabemos que, al saberse descubierta y querer aparecer ante la familia y amistades como auténtica enferma dermatológica y no psiquiátrica, ha acudido a la consulta a otro dermatólogo.

Las patomímias o dermatitis artefactas¹ son lesiones autoprovocadas que se localizan en las zonas accesibles a las manos o a los instrumentos empuñados por éstas. Dejan cicatrices inestéticas y adoptan formas de excoriaciones, úlceras, heridas, granulomas, contusiones, infecciones superficiales, etc... Clínicamente son lesiones de aparición súbita, rodeadas por piel sana, de bordes definidos geométricos, lineales o circulares. Causan confusión al médico explorador, que suele tratarlas como patología cutánea o infecciosa. Suelen ser pacientes con personalidades neuróticas o con trastornos de la personalidad o también enfermos psicóticos preferentemente paranoicos. Pueden presentar tendencias masoquistas con búsqueda del sufrimiento, o sufren carencias afectivas con gran inseguridad interna y temor a perder el afecto de los demás. Existe una falta de relaciones personales y sociales. En los casos extremos se produce el síndrome de Münchhausen forma grave de patomímia donde se presentan historias dramáticas y exageradas para forzar hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas innecesarias.

El tratamiento consiste en dar medicación psicotrópica como Clorpromacina (75/150 mg/día), Doxepina (50/150 mg/día), Fluoxetina (20mg/día), o Paroxetina (20/50 mg/día), y control psiquiátrico.

Es bien conocida la relación del sistema nervioso con las enfermedades de la piel al tener el mismo origen embrionario². Las psicodermatosis se clasifican en enfermedades psicofisiológicas, exacerbadas por factores emocionales (dermatitis seborreica, acné, psoriasis, liquen, etc.), enfermedades psiquiátricas primarias, auténticas psicopatologías con manifestaciones cutáneas autoinducidas (patomímia, tricotilomanía), enfermedades psiquiátricas secundarias a procesos desfigurantes (vitíligo, acné conglobata, etc.) y enfermedades cutáneas sensoriales con ardor, escozor, picor o sensaciones desagradables sin lesión cutánea (glosodinia, vulvodinia, etc.)³.

La crisis socioeconómica ha provocado en los últimos tiempos el aumento de la patología cutánea relacionada con los problemas emocionales o psicoder-

matosis: alopecia areata relacionados con problemas familiares o laborales, liquen plano en relación con estrés, dermatitis seborreicas y psoriasis, varones con venereofobia, y mujeres con vulvodinia. Además, hemos diagnosticado algún caso como el presente de patomímia

Para comprender la relación entre estrés y dermatosis, conviene recordar que los nervios cutáneos se comunican con células de la piel, con el sistema endocrino e inmune, conformando así una red interactiva. La interacción entre la piel y el sistema nervioso interviene en el crecimiento celular, en la inflamación, el prurito y en las defensas del huésped, junto con factores genéticos. Los nervios aferentes del sistema nervioso autónomo liberan neuromoduladores y activan receptores específicos en células cutáneas diana y a través del eje neuroinmunoendocrino se liberan mediadores de la inflamación por los leucocitos (citoquinas, proteasas, péptidos, interferón, etc.) involucrados en las psicodermatosis⁴.

En conclusión, la patología cutánea de causa psicológica, incrementada debido a la crisis económica y a las dificultades personales y sociales que aquélla conlleva, obliga al médico de cabecera y al dermatólogo a dedicar el tiempo necesario a escuchar y comprender los problemas del paciente, porque pueden tener relación con sus lesiones. La actualización de conocimientos en psicodermatología es el complemento necesario a esa actitud de escucha. Los dermatólogos y los médicos de familia debemos tratar cuando es preciso a estos pacientes con psicótropos, pues en general se niegan a ir al psiquiatra. En estas circunstancias es preferible administrarles nosotros mismos un tratamiento que les resulta necesario. Finalmente cabe resaltar la estrecha relación que la dermatología establece con la especialidad de la psiquiatría y con los trastornos psicológicos.

Bibliografía

1. Miranda Sivelo A y Miranda Romero A. Psiquiatría y Piel. Badalona. Euromedice Ediciones médicas. 2007: 65-76.
2. Pascual Castroviejo I. Trastornos neuroectodérmicos. Barcelona. J.R. Prous Ediciones. 1989: 73-84.
3. Rodríguez-Cerdeira C. Fundamentos básicos en Psicodermatología. A Coruña; TresCtres editores. 2010: 113-146.
4. Steinhoff M, Luger Th A. Enfermedades neurocutáneas y psicocutáneas. En: Fitzpatrick, Dermatología en Medicina General. 7ª edición Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires:2006; 895-901